



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Soporte social de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Hospital Cayetano Heredia 2015**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

## **AUTOR**

**Giovanna Mercado Torres**

LIMA – PERÚ  
2015

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a las docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por su apoyo incondicional en la realización del presente estudio.

## **DEDICATORIA**

A mi querida mamita y dulce hermana por su constante apoyo y cariño, por saber guiarme en este largo camino que concluiré hasta el final.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INDICE DE GRAFICOS</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>PRESENTACIÓN</b>	1
 <b>CAPITULO I. INTRODUCCION</b>	
1.1. Situación Problemática.	5
1.2. Formulación del Problema.	10
1.3. Justificación.	11
1.4. Objetivos.	11
1.5. Propósito.	12
 <b>CAPITULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes.	13
2.2. Base Teórica.	18
2.3. Definición Operacional de Términos.	46
 <b>CAPITULO III. METODOLOGIA.</b>	
3.1. Tipo, Nivel y Método de Estudio	47
3.2. Área de Estudio	47
3.3. Población	48
3.4. Criterios de Selección	48
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	49
3.6. Procedimientos para el Análisis e Interpretación de la Información.	52
3.7. Consideraciones Éticas.	53
 <b>CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
4.1. Resultados y Discusión	54
 <b>CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones.	68
5.2. Limitaciones.	69
5.3. Recomendaciones.	70
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	71
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	73
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1.	SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2014	56
2.	SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, SEGÚN DIMENSION INSTRUMENTAL. 2014	60
3.	SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, SEGÚN DIMENSION EMOCIONAL/INFORMACIONAL 2014	63
4.	SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, SEGÚN DIMENSION INTERACCION POSITIVA/AFFECTIVA. 2014	66

## **RESUMEN**

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas de salud más importantes. Se calcula que la cuarta parte de la población mundial que ha sobrepasado los 50 años es hipertensa. El rol de la enfermería en el soporte social, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. Se realizó un estudio con el objetivo de determinar soporte social de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Hospital Cayetano Heredia.

Fue un estudio cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal, la muestra estará constituida por 94 pacientes; se utilizó como instrumento el cuestionario de apoyo social M.O.S. la técnica fue la encuesta. Los resultados fueron los siguientes: el soporte social de los pacientes hipertensos se encuentra que el mayor porcentaje se ubica en el nivel medio traducido en un 71% (67), seguido de nivel bajo en un 15%(14) y nivel alto con 14% (13). En cuanto a las dimensiones del soporte social tenemos se encontró una tendencia hacia un nivel bajo en la dimensión instrumental, la mayoría de pacientes no percibe que recibe cuidados y asistencia en relación a su tratamiento y actividades de satisfacción de necesidades básicas; pudiendo existir el riesgo de que los pacientes no podrán afrontar la enfermedad hipertensiva con éxito además del surgimiento de complicaciones producto del inadecuado manejo de su cuadro clínico.

**PALABRAS CLAVE: SOPORTE SOCIAL, ENFERMERIA**

## **ABSTRACT**

Hypertension is one of the most important health problems. An estimated quarter of the world's population has surpassed 50 is hypertensive. The role of nursing in social support generally involves direct interaction with the informal social network of the person and its positive effects are the result of emotional support, information and assistance that are exchanged during this interaction. A study was conducted to determine social support for patients with hypertension clinic attendees cardiology Hospital Cayetano Heredia.

It was a quantitative, descriptive and cross-sectional method, the sample will consist of 94 patients; was used as an instrument of social support questionnaire MOS the technique was the survey. The results were as follows: social support hypertensive patients found that the highest percentage is located at the middle level resulted in a 71% (67), followed by low level by 15%(14) and high level with 14% (13). As for the dimensions of social support have a tendency towards low was found in the instrumental dimension , most patients do not perceive that receives care and assistance in relation to its treatment and activities of basic needs ; there may be a risk that patients will not meet with success hypertensive disease plus the emergence of complications resulting from improper handling of its clinical picture.

**KEYWORDS: SOCIAL SUPPORT, NURSING**

## **PRESENTACIÓN**

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas de salud más importantes. Se calcula que la cuarta parte de la población mundial que ha sobrepasado los 50 años es hipertensa. De todo esto se desprende que el 30 % de la población adulta del mundo sufre hipertensión arterial. La hipertensión esencial es el tipo de HTA más frecuente, pues representa de un 90 a un 95 % de todos los casos diagnosticados como hipertensos.

Dentro de los factores de riesgo de la HTA se reconocen algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de HTA. Dentro de los factores de riesgo psicosocial se destacan aquellos comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno, tales como hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estrés.

En los últimos años se está sucediendo una serie de cambios en la sociedad en cuanto a sus expectativas y sus necesidades, en su demografía y en sus aspectos socioculturales, lo que origina nuevas prioridades y áreas de actuación para el profesional en salud. Son múltiples los estudios epidemiológicos que estudiaron la relación existente entre el apoyo social y el estado de salud individual y colectiva, a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica; el buen apoyo social baja las tasas de mortalidad y aumenta el uso de los servicios de salud.

La percepción del soporte social al paciente dependerá de la atención que reciba del entorno profesional, familiar y comunitario. El soporte



social constituye uno de los factores protectores con resultados más positivos, para aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico.

El rol de la enfermería en el soporte social, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

## **INTRODUCCION**

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas de salud más importantes. Se calcula que la cuarta parte de la población mundial que ha sobrepasado los 50 años es hipertensa. De todo esto se desprende que el 30 % de la población adulta del mundo sufre hipertensión arterial. La hipertensión esencial es el tipo de HTA más frecuente, pues representa de un 90 a un 95 % de todos los casos diagnosticados como hipertensos.

Dentro de los factores de riesgo de la HTA se reconocen algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de HTA. Dentro de los factores de riesgo psicosocial se destacan aquellos comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno, tales como hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estrés.

En los últimos años se está sucediendo una serie de cambios en la sociedad en cuanto a sus expectativas y sus necesidades, en su demografía y en sus aspectos socioculturales, lo que origina nuevas prioridades y áreas de actuación para el profesional en salud. Son múltiples los estudios epidemiológicos que estudiaron la relación existente entre el soporte social y el estado de salud individual y colectiva, a mayor soporte social, existe una

mejoría de la salud, tanto física como psíquica; el buen apoyo social baja las tasas de mortalidad y aumenta el uso de los servicios de salud.

La percepción del soporte social al paciente dependerá de la atención que reciba del entorno profesional, familiar y comunitario. El soporte social constituye uno de los factores protectores con resultados más positivos, para aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico.

El rol de la enfermería en el soporte social, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud preocupante a nivel mundial ya que son una de las principales causas de muerte en países industrializados, así también debido a los cambios en los estilos de vida de la población de los países en desarrollo estos problemas han ido incrementándose rápidamente, por otro lado es necesario mencionar las secuelas de estas enfermedades las que ocasionan discapacidad funcional, además de problemas de emocionales, conductuales por sentimientos de minusvalía y depresión.

Las enfermedades cardiovasculares se refieren a un conjunto de enfermedades y patologías del corazón y vasos sanguíneos, cuyos factores de riesgo son:

tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, sedentarismo y estrés. Conocer los factores de riesgo nos permite identificar las acciones prevención que se va dirigir a la población.

Siendo la hipertensión arterial uno de los principales factores de riesgo cardiovascular ya que un gran porcentaje de la población no es consciente de su condición por el carácter asintomático de su enfermedad o hasta que no se produzca una complicación, o sea descubierta por otras consultas. La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo y provoca infartos de miocardio, accidentes cerebro vasculares, insuficiencia renal y periférica es decir produce lesiones multisistémica evidentemente incapacitantes conduciendo a la dependencia lo cual incrementa los gastos del estado porque limita la capacidad productiva de la persona, además los costos de la recuperación de las secuelas son muy altos y prolongados.

Se calcula que en 2008 murieron 17,3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 30% de las defunciones registradas en el mundo. De esas defunciones, aproximadamente 7,3 millones se debieron a cardiopatías coronarias, y 6,2 millones a accidentes cerebrovasculares. Las enfermedades cardiovasculares afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medios: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países, y afectan casi por igual a hombres y mujeres. De aquí a 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Se prevé que estas enfermedades sigan siendo la principal causa de muerte.(1)

Los casos de hipertensión arterial a nivel mundial por lo general son más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales. Las tasas de incidencia determinados según los últimos resultados están entre 0,4 y 2,5 % anual. La mortalidad es de 8,1 por 100 000 con lo que se obtiene indicadores entre 8 000 a 9 000 muertes anuales atribuibles a la HTA.(2)

En la Región de las Américas la mortalidad relacionada con la hipertensión arterial se ubica entre las 10 primeras causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. (3)

Respecto a la situación de la población peruana según últimos estudios desarrollados por la Organización Mundial de la Salud en 26 ciudades de las tres regiones del Perú sobre problemas de hipertensión, se determinó que un 23,7% de la población mayor de 18 años tiene hipertensión arterial, con una mayor prevalencia de hipertensos en el sexo masculino (13,4%) sobre el sexo femenino (10,3%). La prevalencia promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población y se indica que a medida que avanzaba la edad se incrementa el nivel de hipertensión en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, en comparación con las otras regiones del país. (4)

Según los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (Encuesta Demográfica de Salud 2012), el 34% de adultos mayores de 60 años son propensos a sufrir hipertensión arterial. Lima representa el 39.9% del total de Casos en el Perú (5).

Igualmente según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática del 2014; el 12,2% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticada con hipertensión arterial por un médico o profesional de la salud. La población femenina que padece la enfermedad alcanzó el 14,0% y la masculina 10,2%. Los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en Lima Metropolitana (15,5%) y Costa sin Lima Metropolitana (12,7%); y, los menores porcentajes en la Sierra (8,7%) y la Selva (11,2%). (6)

La hipertensión es una enfermedad crónica, silenciosa y letal, consiste en un incremento sostenible de los valores de presión arterial. Constituye una de las principales causas de mortalidad en nuestro país debido al carácter silente de su evolución. Existe factores de riesgo modificables así como los que no lo son,

el éxito del abordaje de esta enfermedad consiste en la prevención: fortalecer los estilos de vida saludables así como evitar la progresión de las complicaciones. Fomentar la sensibilización pública es clave, como lo es el acceso a la detección temprana, promover la cobertura sanitaria universal y apoyar estilos de vida saludables: adoptar un régimen alimentario equilibrado, evitar el uso nocivo del alcohol, realizar ejercicio físico regularmente y no fumar. El acceso a medicamentos de buena calidad también es fundamental, así como la sensibilización de la población ayuda a la detección temprana.

Pero además de los procesos que se producen a nivel biológico debido a la progresión de la enfermedad hipertensiva, muchas veces pasan desapercibidos los eventos estresantes que se generan en las personas que los vivencian, ya que tienen que realizar un proceso de adaptación no solo física, sino además mental y emocional para asumir y afrontar su nueva condición de salud, y que influirá en todas las áreas de su vida: individual, familiar, laboral y social. Las emociones y sentimientos negativos pueden preceder a la enfermedad o aparecer como consecuencia de ésta. Esto puede minimizarse con la ayuda y apoyo de la familia y personas cercanas como por ejemplo: la pareja, la familia y los amigos, es necesario proveerles de cuidado durante su recuperación y acompañarlos en su rehabilitación, es decir en todo el proceso de la enfermedad. Por lo tanto la familia constituye la principal base para poder sobrellevar con éxito una enfermedad, considerando que la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida; así mismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este tipo de apoyo. (7) En cuanto a la Presión Arterial, varios estudios muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión. Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se ha sugerido que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social (informativo, emocional o instrumental) y ello se asocia con una mayor presión arterial. A su vez, el menor apoyo social podría llevar hacia una menor adopción de hábitos de vida

saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas. También, una buena red social puede atenuar la respuesta cardiovascular ante situaciones de estrés y evitar la elevación de la presión arterial.

Es necesario que el profesional de enfermería además de fortalecer los conocimientos referidos a la autocuidado, debe proporcionar información necesaria para que el paciente pueda entender el tratamiento así como la prevención de complicaciones de la hipertensión arterial, la enfermera debe detectar sentimientos de rechazo, tristeza e inseguridad, ayudándole a aceptar su estado de salud, de este modo fortalecer la adherencia al tratamiento y llevar una vida con calidad. En el área preventiva o asistencial la promoción de estilos de vida saludables es brindada con eficacia por el profesional de enfermería pero pocas veces vemos implementar las redes de apoyo social del paciente con hipertensión arterial, esto puede ser no sólo derivado de la inexperiencia, la forma de trabajo, a la tecnología o al entorno laboral. En consecuencia el proceso de interacción queda en último plano, inclusive el personal de enfermería llega a considerar que es una pérdida de tiempo ya que el enfoque prioritario está centrado en la resolución de problemas de salud que comprometan la vida del paciente. La relación con el paciente es el eje de los cuidados que brinda la enfermera. Independientemente del apoyo requerido por el paciente la enfermera debe reconocer esta situación como una oportunidad de ayuda mutua en la que si bien el paciente recibe un beneficio al recibir el menor impacto de la enfermedad, o alcanzar el bienestar, la enfermera obtiene beneficio al convertirse en un referente no sólo para el paciente y su familia sino también para el equipo de salud, como profesional de los cuidados. Por tanto para el tratamiento y cuidados de nuestros pacientes en unos casos nos convendrá crear nuevas redes y en otros reactivar una red preexistente.

Durante la práctica cotidiana de la enfermera en los servicios de hospitalización, consultorio externa e incluso en la unidades de cuidados intensivos personas que reingresan a ser hospitalizadas producto de



complicaciones de la hipertensión arterial como por ejemplo: miocardiopatía hipertrófica, infarto al miocardio cuya causa al interactuar con los pacientes refieren una falta de adherencia al tratamiento así como un cambio de los estilos de vida de estas personas lo cual requiere además del compromiso del paciente la participación de la red social más próxima en este caso la familia,

Se observa en los servicios que el profesional de enfermería no conoce quienes realmente se encargan del cuidado del paciente no conocen quienes ni como cuidan al paciente en su hogar, solo se dedican al cuidado durante su estancia en los servicios de salud. Al conversar con los pacientes estos refieren: “vivo sola con mi hijo y él es el único que trabaja me tengo que hacer cargo sola...”, “a veces recibo ayuda de mi iglesia, aunque no es mucho me ayuda para salir adelante...”, y al interactuar con las enfermeras refieren: “muchas veces no sabemos cómo realmente los pacientes son cuidados en casa”, “cuando vemos al familiar responsable le damos la información más importante y absolvemos sus dudas y después van a casa” “es importante conocer quiénes y cómo se realiza el cuidado de estos paciente en el hogar porque se observa muchos pacientes con complicaciones” entonces surge interrogantes ¿el profesional de enfermería conoce como fortalecer y brindar soporte social a los pacientes con hipertensión arterial?, ¿Los pacientes no cuentan con soporte social durante su recuperación?

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Ante esta situación surge la interrogante:

¿Cuál es el soporte social de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del hospital Cayetano Heredia 2015?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas porque muchos afectados tienen además otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Éstas pueden minimizarse con el soporte social procedente de las personas más cercanas: la pareja, la familia y los amigos. Esta situación motiva la necesidad de encontrar y describir el soporte social de estos pacientes para así mejorar la expectativa de vida de estos pacientes así como proveerlos de un apoyo afectivo. Es importante para enfermería porque permite analizar una situación que podría estar afectando la calidad del cuidado de enfermería, además este estudio aborda un tema no investigado por enfermería que cobra importancia ya que las tasas de prevalencia de hipertensión arterial aumentan diariamente.

### **1.4. OBJETIVOS**

#### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar el soporte social de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Hospital Cayetano Heredia.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar el soporte social según la dimensión soporte instrumental de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Hospital Cayetano Heredia.

- Determinar el soporte social según la dimensión soporte emocional/informacional de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Hospital Cayetano Heredia.
- Determinar el soporte social según la dimensión interacción positiva/afectiva de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Hospital Cayetano Heredia.

## **1.5 PROPOSITO**

Con los resultados de este estudio se espera proporcionar información valida sobre la existencia del soporte social que utilizan los pacientes con hipertensión arterial a fin de reforzarlas y promoverlas como factores protectores y así fortalecer la prevención y rehabilitación de dicha enfermedad. Así mismo es necesario conocer la estructura social con el fin de potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen soporte social tanto a nivel individual-familiar como colectivo, en conclusión de esta manera se mejorará la calidad de atención e enfermería.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

A nivel internacional tenemos:

- Marin- Reyes, Florentina realizó el estudio “Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial” en México en el año 1999. Investigación Cuantitativa, con el objetivo de determinar la asociación entre apoyo familiar y apego al tratamiento de la hipertensión arterial, fue realizado en el Hospital Regional del IMSS en la ciudad de Durango, consiste en un estudio de casos y controles cuya población fueron 80 sujetos con diagnóstico de establecido de hipertensión arterial esencial, el instrumento utilizado fue un cuestionario. Llego a las siguientes conclusiones:

“Teniendo en cuenta que en el apego influyen diferentes condiciones sociodemográficas, además de las relacionadas propiamente con el entorno familiar, en este estudio, para el control de las principales variables confusoras, los sujetos con y sin apego al tratamiento fueron pareados por edad, género, duración de la enfermedad, escolaridad y estado civil. Por otro lado, no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a ocupación, tipo de tratamiento médico, ni sobre el conocimiento que los pacientes tenían sobre su enfermedad, por lo que se puede asumir que el apoyo familiar fue el factor más relevante en el apego.

De esta forma, en el enfermo que acude a consulta con descontrol de la PA deberían considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica. En este estudio no se determinaron las características de la familia, tales como tamaño, integración, tipo, etcétera, que influyen en el ámbito familiar y que por tanto podrían constituir una limitación en este trabajo. Sin embargo, lo que nuestros resultados muestran es que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende, la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia”.

En este estudio encontramos la presencia de la familia como red inmediata y principal de provisión de cuidado durante el afrontamiento de una enfermedad aporta a la presente

investigación para determinar y plantear el enfoque de abordaje del soporte social.

- Vinaccia, Stefano y colaboradores realizaron el estudio titulado “Apoyo social y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial” en Colombia el año 2006, El objetivo fue analizar el apoyo social y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Fue un estudio cuantitativo cuya muestra estuvo constituida por 152 sujetos con diagnóstico de hipertensión arterial. Se utilizó el cuestionario de MOS de apoyo social y una encuesta semiestructurada que mide adherencia al tratamiento. Llegaron a la siguiente conclusión:

“En las cuatro subescalas medidas: guía, retroalimentación, interacción social e interacción personal de las variable apoyo social y adherencia, se resalta las subescalas guía y retroalimentación, aspecto que nos confirma que la escucha, estimación, comprensión, y en general la información son elementos que como enfermeras debemos proporcionar a los pacientes y que sin lugar a dudas influye de manera positiva en la adherencia a tratamientos; en contraste encontramos que la sub escala interacción personal mostró el valor más bajo lo cual puede afectar la percepción de apoyo por parte del paciente y la relación con el profesional de enfermería, esta escala ha sido destacada en otras investigaciones como un elemento importante y positivo en los cuidadores principales.”

Este estudio guía respecto a la metodología a utilizar, el enfoque y como dimensionar la variable de estudio.

- Redondo-Sandino Aurea y Colaboradores realizaron el estudio titulado “Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles”. En España en el año 2001, el objetivo fue examinar la asociación de la red social con la hipertensión arterial, fue un estudio cuantitativo de corte transversal, cuya muestra estuvo constituida por 3483 sujetos y el instrumento fue un cuestionario. Entre las principales conclusiones tenemos:

“En los ancianos, la HTA se asocia con algunas variables de integración social, como el estado civil y la situación de convivencia. Entre los hipertensos, el conocimiento del estado hipertensivo depende en parte de la frecuentación de familiares y amigos o vecinos. Por ello, es posible que la HTA y el cumplimiento terapéutico puedan actuar como mediadores de la relación entre la red social y la morbilidad cardiovascular. Por último, hay importantes diferencias de sexo en las asociaciones estudiadas, aunque no parecen seguir un patrón sistemático”.

A nivel nacional se encontró el siguiente estudio:

- Rodríguez Alayo, Stephanie realizó el estudio “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso”, en Perú en el año 2014, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el Grado de Apoyo Familiar y el Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso. La investigación se refiere a un estudio tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 65 adultos mayores. Para la recolección de datos e identificar el grado de apoyo familiar y

nivel de calidad de vida se utilizaron dos instrumentos: cuestionario sobre el grado de apoyo familiar (APGAR FAMILIAR) en adultos mayores hipertensos, formulado por Gabriel Smilkstein y, cuestionario sobre nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos formulado por la autora. Las conclusiones fueron las siguientes:

“Se encontró que el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% grado de apoyo familiar bajo. El 36,92% de adultos mayores hipertensos tuvieron un nivel de calidad de vida bueno; el 44,61% regular y el 18,47% presentaron nivel de calidad de vida deficiente. Se encontró que los adultos mayores hipertensos evidencian una relación estadística significativa entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida, demostrándose que existe una correlación bilateral significativa entre ambas variables. En conclusión, los adultos mayores hipertensos en su mayoría afrontan dificultades relacionadas con su salud, dónde no sólo se ve comprometida su responsabilidad sino también del apoyo familiar respectivo, el mismo que ejerce influencia en la calidad de vida del adulto mayor hipertenso. La problemática existente en el grupo de riesgo poblacional correspondiente a los adultos mayores hipertensos, siendo más susceptibles de complicaciones sino tienen los cuidados pertinentes proporcionados por los integrantes de su sistema familiar, siendo considerado uno de los soportes inmediatos que brindan sus roles cuidadosos hacia el integrante adulto mayor que lo necesita, y como ha sido determinado a través de la presente investigación tanto el apoyo familiar como la calidad de vida del adulto mayor se encuentran directamente relacionados”



Este estudio aporta en la dimensionalización del soporte social guiando la forma como se puede entender a mayor profundidad el fenómeno a estudiar y la importancia en la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren alguna enfermedad o problema social.

## **2.2. BASES TEORICAS**

### **2.2.1 GENERALIDADES SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL**

La hipertensión es una patología que se produce cuando se eleva la presión arterial. Este se da cuando la fuerza de la sangre contra las paredes de las arterias es lo suficientemente alta llegando a causar problemas de salud y complicaciones a nivel cardiovascular, cerebral y renal.

La presión sanguínea está determinada por la cantidad de sangre que bombea el corazón y la cantidad de resistencia al flujo sanguíneo en las arterias. Cuanta más sangre se bombea y más estrecha las arterias, mayor es su presión arterial. Generalmente la hipertensión arterial no da síntomas, considerándose como “asesino silencioso”, dado que va dañando distintos órganos como: el cerebro (accidente vascular encefálico), riñones (Insuficiencia renal) y corazón (Infartos).

Este problema de Salud es un factor de riesgo de muerte en el mundo y afecta tanto a hombres como a mujeres, el riesgo en un 30% de la población adulta se debe a que la presión arterial logra

alcanzar un nivel por encima de 140/90 mmHg y desconocen su enfermedad. Según estadísticas mundiales uno de cada tres personas que se está tratando por hipertensión no consigue mantener su presión arterial por debajo del límite de 140/90.

#### **a.- Clasificación de Presión Arterial:**

Según las clasificaciones propuestas por el Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada, las Pautas Europeas para el Manejo de la Hipertensión 2007, el concepto de que la hipertensión se diagnostica cuando la presión arterial es  $>140/90$  mmHg. Por encima de este valor, se puede dividir a la hipertensión en grado 1, 2 o 3. Esta clasificación también se aplica a la hipertensión sistólica aislada, que debe ser diagnosticada y tratada sobre todo en los pacientes mayores. (8)

A continuación tenemos la clasificación de la presión arterial utilizada para el presente trabajo de investigación:

OPTIMA MENOR 120/80 MMHG

NORMAL 120/80 MMHG – 129/84 MMHG

NORMAL ALTA 130/85 – 139/89 MMHG

HIPERTENSION GRADO 1 140-159/90-99 MMHG

HIPERTENSION GRADO 2 160-179/100-109 MMHG

HIPERTENSION GRADO 3 MAYOR DE 180/110 MMHG

## HIPERTENSION SISTOLICA AISLADA MAYOR DE 140/ MENOR 90 MMHG

Teniendo en cuenta que la presión arterial es una variable continua, y que a mayores cifras tensionales mayor es el riesgo cardiovascular, se decidió que los sujetos con PA entre 120/80 y 129/84 pueden ser considerados presión normal, mientras que los que tienen cifras entre 130/85 y 139/89 son considerados presión arterial normal alta. Los valores de presión arterial menores de 120/80 son considerados valores óptimos. Se debe enfatizar que los valores normales altos y normales son de mayor riesgo que los valores óptimos, a pesar de estar en el rango normal.

La hipertensión arterial generalmente se clasifica como: **Primaria, Esencial o Idiopática** cuando la presión arterial es constantemente mayor de lo normal, sin causa subyacente conocida. Representa el 85 a 90% de todos los casos de hipertensión. La hipertensión es definida como *Secundaria* cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable, frecuentemente corregible (el restante 10 a 15% de los sujetos hipertensos).

**La Hipertensión Resistente o Refractaria al Tratamiento** representa una elevación de presión arterial que se mantiene por encima de los valores fijados como objetivo a pesar de la institución de tratamiento no farmacológico y farmacológico incluyendo dosis plenas de tres o más medicamentos, uno de los cuales un diurético. Estos pacientes deben ser remitidos a un especialista o a un centro de hipertensión porque este tipo de

hipertensión frecuentemente está asociado con daño de órganos blanco y tiene un mayor riesgo cardiovascular.

**Hipertensión de Bata Blanca:** también llamada Hipertensión Aislada del Consultorio, es la condición en la cual la presión arterial medida en el consultorio está constantemente en el rango hipertenso, mientras que los valores medios de MAPA o domiciliarios siempre están en rango normotenso. Su prevalencia es de alrededor del 10%. Su riesgo general no está claramente establecido pero parece estar asociada con más anormalidades cardíacas, renales y metabólicas funcionales y/o estructurales que la plena normotensión.

**Hipertensión Oculta o Enmascarada:** También llamada Hipertensión Ambulatoria Aislada, representa la condición contraria a la hipertensión de bata blanca, es decir, los sujetos tienen cifras tensionales normales en el consultorio mientras que los valores medios de monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) o los valores domiciliarios están en rango hipertenso. Se encuentra en uno de cada 7 a 8 sujetos con valores normales en el consultorio. El riesgo cardiovascular en estos pacientes parece ser similar al de los hipertensos establecidos. Por ende, se debe tener cuidado para evitar que estos sujetos vayan sin ser diagnosticados, usando MAPA o mediciones domiciliarias de la PA.

**Hipertensión Sistólica Aislada:** Es la presión arterial sistólica (PAS) constantemente  $>140$  mm Hg con presión arterial diastólica (PAD)  $> 90$  mm Hg. Como la PAS tiende a subir con la edad, la prevalencia de la hipertensión sistólica aumenta con la edad, y por encima de los 60 años de edad representa una forma común de hipertensión. Se ha acumulado sólida evidencia acerca de la importancia de la PAS como factor de riesgo mayor para las enfermedades cardiovasculares.

#### **b.- Estratificación de Riesgos**

Para manejar un paciente hipertenso se debe tener en cuenta no solo los niveles tensionales, sino el riesgo cardiovascular total. Para estratificar el riesgo cardiovascular total, se debe tener en cuenta una serie de factores de riesgo, la presencia de daño de órganos blanco, y de otras condiciones o resultados clínicos previos o concomitantes asociados con la presión arterial.

Entre los factores de riesgo tenemos los siguientes: edad, sexo (masculino), hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, antecedentes de eventos cardiovasculares, obesidad, entre otros.

Entre los factores de riesgo tradicionales, las condiciones socio-económicas deben recibir atención especial. Del mismo modo se debe hacer énfasis en el bajo nivel de educación, a causa del alto porcentaje de población nativa con bajas oportunidades de obtener una educación adecuada.

### **c.- Evaluación Diagnóstica del Sujeto Hipertenso**

El periodo de tiempo requerido para la evaluación inicial de un paciente hipertenso es de por lo menos 30 minutos. Los objetivos principales del diagnóstico se dirigen a:

1. Confirmar la existencia de cifras elevadas de presión arterial
2. Determinar el grado de hipertensión y la existencia de daño de órganos blanco
3. Evaluar la presencia de comorbilidades
4. Identificar tratamientos previamente recibidos o en uso actual
5. Cuantificar el riesgo global incluyendo sus componentes sociales
6. Diagnosticar o descartar posibles causas de hipertensión secundaria.

***Historia Clínica y Examen Físico:*** No sólo se debe definir el grado de hipertensión, sino el momento en el cual se diagnosticó la hipertensión. Debe registrarse información acerca de la edad, sexo y raza. El examen físico debe incluir: medición de estatura, peso, cintura, cadera y cálculo de relación cintura a cadera e índice de masa corporal (IMC), la evaluación de los pulsos, frecuencia cardíaca, cifras de presión arterial, auscultación del corazón, búsqueda de soplos carotídeos, torácicos o periumbilicales, y un examen del fondo del ojo. Se debe buscar factores de riesgo asociados y posibles complicaciones, tales como edema periférico, angina de pecho, disnea, cefalea y latidos cardíacos ectópicos.

Las mediciones de la presión arterial deben ser realizadas de acuerdo con las recomendaciones de la American Heart Association, en dos posiciones diferentes (sentado y de pie), para

poder descartar una posible hipotensión ortostática (disminución de más de 20 mmHg en la sistólica y/o 10 mmHg en la diastólica), especialmente frecuente en los pacientes mayores. Cuando los valores de PAS y PAD corresponden a grados diferentes, se debe usar el grado mayor para definir la hipertensión de ese paciente.

Las mediciones domiciliarias de la presión arterial, realizadas por personal entrenado con un esfigmomanómetro de mercurio, o preferiblemente un aparato automático o semiautomático validado, son una herramienta importante para el control y el seguimiento de los pacientes hipertensos. Los valores altos normales son similares para la presión arterial domiciliaria y para el MAPA diurno, es decir 135/85 mmHg.

***Pruebas de Laboratorio:*** Los principales objetivos son detectar otros factores de riesgo cardiovascular, evaluar daños a órganos blanco, e identificar causas secundarias de hipertensión. Siempre debe realizarse en la primera visita un hemograma, glicemia en ayunas, urea, creatinina sérica y en orina, electrolitos, ácido úrico, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, pruebas de funcionalidad hepática, T3, T4 y TSH, además de un electrocardiograma, una orina completa, y una estimación de la velocidad de filtración glomerular.

***Exámenes recomendados:*** Se recomienda ecografía y Doppler vascular, cardíaco y renal para evaluar la masa ventricular izquierda y para identificar ateromatosis subclínica en los diferentes territorios vasculares, estenosis de arterias renales o alteraciones renales. La medición de la velocidad de la onda de pulso es útil para evaluar la rigidez de arterias grandes. Se

recomienda con énfasis una microalbuminuria (en una muestra de orina de 24 horas o como relación albúmina/creatinina).

***Medición Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA):*** Este método, que no reemplaza a las mediciones convencionales, da información detallada acerca de los valores promedios de día y de noche durante 24 horas. Los valores medios de 24 h están más cercanamente relacionados con el daño de órganos blanco y los resultados que los valores en consultorio.

El MAPA está indicado cuando:

- Se sospecha una hipertensión de la bata blanca
- Se sospecha una hipertensión enmascarada u oculta
- La presión arterial es normal, pero acompaña un alto riesgo total
- Es deseable la evaluación del perfil de PA de 24h
- Se sospecha una hipertensión refractaria
- Se buscan episodios de hipotensión o de hipertensión
- Progresa, o no regresa, el daño de órganos blanco a pesar de un aparente buen control de la PA

#### **d.- Tratamiento de la Hipertensión arterial**

##### **d.1 Inicio del tratamiento para bajar la presión arterial**

El inicio del tratamiento para bajar la presión arterial debe decidirse según dos criterios: el nivel de la PAS y de la PAD y el nivel de riesgo cardiovascular total. El tratamiento farmacológico debe ser iniciado inmediatamente en la hipertensión grado 3 así como en la grado 1 y 2 cuando el riesgo cardiovascular total es alto o muy alto. En los hipertensos de grado 1 o 2 con riesgo



cardiovascular total moderado se puede postergar el tratamiento farmacológico por unas semanas, y en los hipertensos grado 1 sin otro factor de riesgo se puede postergar por varios meses. Sin embargo, es importante prestar atención muy especial a los individuos que corren riesgo a causa de su ambiente social (sin hogar, pobres, no educados o desempleados) en los cuales se debe considerar el valor de iniciar el tratamiento más rápidamente y en quienes un seguimiento cercano de la salud es obligatorio. Cuando la presión arterial inicial está en el rango alto-normal, la decisión de la intervención farmacológica depende en gran medida de la condición clínica individual. En el caso de diabetes, antecedentes de enfermedad cerebrovascular, coronaria o arterial periférica, la recomendación de iniciar fármacos para bajar la presión arterial se justifica por los resultados de ensayos controlados. A los sujetos con presión arterial normal pero con riesgo cardiovascular muy alto a causa de una patología clínica asociada se debe recomendar medidas intensas de estilo de vida. En estos sujetos la presión arterial debe ser monitorizada cuidadosamente, y se debe considerar tratamiento farmacológico en presencia de presión arterial que va en aumento o empeoramiento de la condición clínica.

### **Selección de drogas antihipertensivas**

Los principales beneficios del tratamiento antihipertensivo se deben a la mejoría de la presión arterial. Cinco clases mayores de agentes antihipertensivos son aptos para el inicio y el mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, solos o en combinación: diuréticos tiazidas, bloqueantes del calcio, inhibidores de la ECA (IECA), bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) y beta bloqueantes. Los beta bloqueantes,

sobre todo en combinación con un diurético tiazida, no se debe usar en pacientes con el síndrome metabólico o con alto riesgo de incidencia de diabetes. En estos pacientes, el carvedilol, nebivolol o indapamida de liberación lenta pueden ser aptos. En muchos pacientes se necesita más de una droga, así que combinaciones fijas pueden ser útiles para mejorar el cumplimiento y aumentar el éxito en el control de la presión arterial.

Debe prestarse atención continuamente a los efectos colaterales de las drogas, porque estos son la causa más importante del no-cumplimiento. Las drogas que ejercen su efecto antihipertensivo durante 24 horas con una sola administración diaria deben ser preferidas porque una posología sencilla favorece el cumplimiento.

#### **d. 2 Cambios del Estilo de Vida**

Debe instituirse medidas de estilo de vida cada vez que sea apropiado en todo los pacientes hipertensos, incluyendo a los que requieren tratamiento farmacológico. El propósito es bajar la presión arterial, controlar otros factores de riesgo, y disminuir el número o las dosis de drogas antihipertensivas. También son recomendables medidas de estilo de vida en sujetos con presión arterial normal y normal-alta para disminuir el riesgo de desarrollar hipertensión. Las medidas de estilo de vida que son ampliamente conocidas que bajan la presión arterial y/o el riesgo cardiovascular y que se debe considerar son:

- Dejar de fumar

- Bajar de peso (y estabilizar el peso)
- Disminuir el consumo excesivo de alcohol
- Ejercicio físico
- Disminución del consumo de sal (<6g naci)
- Aumentar el consumo de K+ (>6g)
- Aumentar el consumo de frutas y verduras y disminuir el consumo de grasas saturadas y totales.

El IMC y la circunferencia abdominal son marcadores clínicos fidedignos en la prevención cardiovascular. El IMC óptimo para a población hipertensiva es entre 18,5 y 25 Kg/m<sup>2</sup>. Del mismo modo, una circunferencia abdominal adecuada es <90 cm en los hombres y <80 cm en las mujeres.

El ejercicio aeróbico es un complemento importante de la dieta para la reducción del peso y de la presión arterial. Debe ser implementado en todos los hipertensos, y especialmente en los que tiene otros factores de riesgo, por al menos 30 minutos diarios.

Porque el cumplimiento a largo plazo con las medidas de estilo de vida es bajo, y porque la respuesta de la presión arterial estas es muy variable, debe hacerse un seguimiento cercano de los pacientes tratados con medidas no farmacológicas.

## **2.2.2 SOPORTE SOCIAL**

### **a.- Definición**

El soporte social se describe como “un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis”.(9)

Un individuo ante una necesidad, activa su red efectiva, en solicitud de ayuda, y si ésta no puede atenderla, los individuos de ésta activan sus propias redes efectivas, que son la extendida del demandante, hasta lograr llegar a la satisfacción de la necesidad del requerimiento.

Desde un punto de vista estructural, Lin y colab., definen el soporte social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Se entiende que los beneficios de las redes son directamente proporcionales al tamaño de las mismas y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma. En su definición, reflejan los tres niveles de análisis necesarios para su estudio, si bien a la hora de obtener apoyo, los tres niveles están interconectados.(10)

El primer nivel de análisis estaría ocupado por la comunidad, haciendo referencia a la pertenencia de un individuo hacia un grupo social, que protege a la persona contra los eventos vitales que requieren de un orden donde se fortalecen vínculos y que si no se obtiene daría lugar a un funcionamiento desordenado de la sociedad.

En un segundo nivel de análisis lo constituyen las redes sociales, que aportaría un sentido de relaciones y de unión con los demás. El tercer nivel de análisis sería el correspondiente al más íntimo, al que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios afectivos recíprocos y mutuos además de compartir una responsabilidad por el bienestar de los otros.

Siguiendo con la perspectiva estructural de las redes sociales, las dimensiones estudiadas más importantes y que guardan relación con la salud son:

- *Tamaño*: Referido al número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal la persona. En general, esta variable se relaciona positivamente con el bienestar y la salud.
- *Densidad*: se refiere a la interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central. Algunas investigaciones otorgan a las redes sociales más densas una mayor capacidad para proveer apoyo emocional, si bien su aceptabilidad dependerá de los sujetos y situaciones.
- *Reciprocidad*: Grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas.
- *Parentesco*: Variable referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictora de un buen ajuste ante las crisis vitales. En algunos trabajos, el número de no parientes en la

red se ha relacionado positivamente con estados de felicidad bajo la idea que estas relaciones, serían elegidas libremente.

- *Homogeneidad*: Semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc.. Algunos autores señalan que las personas que forman parte de redes homogéneas, tienen interacciones más reforzantes.

Autores como Cassel y Cobb conceptualizan el soporte social en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo (*apoyo percibido*), ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado.(11)

Es importante considerar los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido o recibido, es necesario considerar las características de los participantes en el apoyo tanto del receptor como del donante por su influencia en el mismo, así como la duración del apoyo. En cuanto a las primeras, parece existir variación entre la fuente de procedencia del apoyo en función de los sujetos de manera que el apoyo de los compañeros de trabajo tiene mejores consecuencias en varones que en mujeres, mientras que el apoyo familiar es más importante ante problemas relacionados con la salud frente al procedente de los amigos. En otro sentido, características del receptor como la personalidad, roles, presencia o no de otros recursos y/o la creencia acerca del momento en el que es adecuado aceptar la ayuda juegan un papel relevante para la efectividad del soporte. Por último, en

situación de enfermedad el apoyo está unido y en relación con las diferentes fases del afrontamiento de manera que un apoyo puede ser adecuado o no en función del momento en el que se preste y perciba como tal.

En cuanto a la duración del apoyo social en el tiempo, éste cobra especial importancia ante cierto tipo de problemas como es el caso de pacientes crónicos o el de personas que sufren estrés a largo plazo, ya que exige una habilidad adecuada para mantener y/o cambiar el apoyo a lo largo del tiempo por parte de los donantes del apoyo.

En el abordaje del soporte social desde un punto de vista *funcional*, destaca la aportación de House, uno de los autores que ha desarrollado más extensamente el apoyo social como concepto, considerándolo como una transacción interpersonal que engloba uno o más de los siguientes aspectos: emocional, instrumental, información y valoración (información relevante para la autoevaluación). No obstante, y a pesar de las diferentes clasificaciones, la mayoría de autores coinciden en destacar tres funciones básicas: apoyo emocional, material e instrumental.

Podríamos decir entonces que el aspecto funcional del apoyo social, se centra por tanto en las funciones y los recursos que se pueden obtener como resultado de las relaciones sociales. De entre los recursos intercambiados, destaca el *feedback*, la asistencia conductual, el dinero y servicios.

Algunos autores señalan que para que una red social sea efectiva, no sólo es necesario que exista desde un punto de vista estructural sino

también que las personas/nodos que formen parte de la red, tengan la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer soporte, de lo cual se sigue que no todos los nodos serían “operativos” para la provisión del mismo. Y es que en este sentido, parece ser que aquellos acontecimientos vitales inesperados como por ejemplo la aparición de la enfermedad en algunos casos, resultan ser más problemáticos desde el punto de vista de la efectividad del soporte, ya que además de que el sujeto está sometido a mayor nivel de estrés porque no ha podido prepararse para el evento, a menudo los miembros de la red social no ofrecen el apoyo adecuado por falta de habilidades y/o conocimiento a pesar de que exista motivación para ello.

#### **b.- Mecanismo de acción del apoyo social en la salud**

Se han definido dos teorías que podrían explicar la asociación entre el apoyo social y la salud:

a) Efecto directo: afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo. Este efecto precede al momento del estrés del sujeto. Se han propuesto dos mecanismos, el primero de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psico-fisiológicos (que produciría mejoras en la salud o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendría consecuencias positivas para la salud.

Este modelo del efecto directo ha sido varias veces cuestionado. Según esta teoría no existe interacción entre el estrés y el apoyo social; de este modo los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán en la misma medida en su bienestar físico y mental



(independientemente del nivel de estrés experimentado). Los trabajos que analizan esta teoría sugieren que puede ser el aislamiento el que actúa como estresor, el que causa la enfermedad, más que el apoyo social el que produce mejoría en la salud.

b) Efecto tampón o amortiguador: esta teoría ofrece una buena explicación teórica para los efectos positivos del apoyo social. Postula que el apoyo social puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica. Se han desarrollado dos hipótesis para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social:

- El apoyo social permite a los individuos, que tras la exposición al estresor, sea capaz de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psicopatológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social.
- El apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrentarse a ella. Hasta el momento no se conoce con seguridad en qué grado contribuye cada mecanismo sobre la acción global que el apoyo social ejerce sobre la salud.

### **c.- Dimensiones del apoyo social**

Clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social:

a) Apoyo estructural o cuantitativo. También denominado red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las

que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver los problemas planteados (por ejemplo familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas rede. Esta red social tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza. En función de estas características una red puede resolver mejor unas necesidades que otras.

b) Apoyo funcional o cualitativo. Tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Cobb la concibe como la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.(12)

Este carácter multidimensional del apoyo social es objeto de controversia. No todos los investigadores están de acuerdo con la idea de la existencia de varias dimensiones en el apoyo social. Sherbourne y Stewart definen cuatro dimensiones distintas de apoyo social: emocional/ informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva; cada una de ellas con características diferentes respecto al resto. En contra de esta teoría, Norbeck afirma que las cuatro dimensiones de apoyo social se encuentran tan altamente correlacionadas que son difícilmente distinguibles entre ellas.

Según la dimensionlización del soporte social según su aspecto funcional clásicamente se conocen cuatro dimensiones: emocional, informacional, instrumental y afectiva; mas de acuerdo a las ultimas observaciones hacia la medición se encontró que la dimensión emocional compartía similitudes con la dimensión informacional por lo cual se prefiere fusionar ambas en una a fin de evitar errores de

medición, por lo cual en el presente estudio se considera tres dimensiones:

- Apoyo emocional/informacional: relacionado con el cariño y empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes, la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, constituyéndose en un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas; en general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se refiere a la disponibilidad de una o más personas que pueden escuchar simpáticamente y empáticamente cuando una persona está temiendo problemas y puede proveer indicaciones de cuidado y aceptación. Es ahí que la información cobra importancia cuando se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas, la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo para resolver problemas, como información sobre recursos y servicios comunitarios así también guías y cursos alternativos.
  
- Apoyo instrumental: Se refiere a las acciones de brindar ayuda a quien lo necesita mediante la provisión de ayuda material tangible como por ejemplo: mediante dinero, ropa, comida y pago de servicios; es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales prestación de ayuda material directa o servicios envuelve la práctica de ayuda cuando es necesario, como la asistencia y el transporte, ayuda con las tareas de casa y cuidado de niños.

- Apoyo interacción positiva/afectivo: se refiere a las expresiones de afecto, preocupación, empatía y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano. Mientras que la interacción social positiva se refiere a la disponibilidad de las personas para hacer cosas divertidas y agradables como pasar tiempo con los otros distraerse, divertirse, compartir momentos alegres y tristes, etc. Es decir la provisión de contacto que le permite a las persona sentirse querido, apoyado y satisfecho en su vida, lo que finalmente repercute en una sensación de bienestar.

#### **d.- Fuentes de apoyo social**

Para definir las diferentes fuentes de apoyo social han sido propuestas diversas clasificaciones.

House propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en *naturales* (familia, amigos, compañeros de trabajo) y organizadas (grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional). También se han clasificado en redes *informales*, (aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia) y en redes *formales* (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales).

#### **e.- Funciones del apoyo social**

De entre las funciones relacionadas con la salud, una clasificación realizada por Shumaker y Brownell (13) distingue entre:

1. *Funciones del apoyo social sustentadoras de la salud.* Referidas principalmente a situaciones con ausencia de estrés y cuya función principal va dirigida a la promoción de la salud a través del mantenimiento y fomento de la autoidentidad, la autoestima, y la gratificación de necesidades afiliativas.

2. *Funciones del apoyo social reductoras del estrés.* Aludiendo a la función que desempeña ante situaciones estresantes como es el caso de la presencia de enfermedad, a través de dos funciones específicas: la evaluación y la adaptación cognitiva. En la primera, el apoyo social puede cambiar la interpretación primaria que se haga del agente estresor así como cambiar la evaluación de los recursos de afrontamiento con los que se cuenta para hacerle frente. En cuanto a la segunda, el apoyo social puede proporcionar información sobre métodos para controlar la amenaza.

#### **f.- La familia como red social inmediata**

Culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de recursos necesarios en cualquier momento en la vida. La familia es el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales y establece sus primeras relaciones interpersonales, por ello la familia se le considera como red social inmediata del sujeto. No se considera la familia como una red social pequeña, reducida o débil, con base a las funciones de la red es lo que la hace importante, la familia aunque cuantitativamente es un complejo pequeño, dota de una gran cantidad de recursos de interacciones entre sus miembros.

Existen investigaciones donde sugieren que personas con niveles favorables dentro de su red social inmediata, presentan un índice de mortalidad y síntomas psicológicos y físicos menores que los que interactúan poco, por lo tanto se reconoce la importancia de la familia como un factor biopsicosocial que potencialmente es capaz de influir en la salud para mejorar la calidad de vida. Los estudios también mencionan que personas con familia, pareja estable y amigos les proporcionan recursos materiales y psicológicos, tienen una mejor salud que aquellos con un contacto social débil.

La familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. La familia es un factor fundamental para el estado anímico del ser humano, se acrecienta la atención cuando uno de los integrantes de la familia carece de salud o está sometido a un tratamiento médico. La estabilidad hacia el interior de la red social inmediata es de suma importancia, al estar satisfecha la familia con los cuidados del paciente, con la información necesaria, con la interacción adecuada en su organización, es muy probable que el paciente crónico se sienta protegido, y al realizar sus actividades cotidianas, puede establecer una independencia y un mejoramiento que se incremente gradualmente (15).

#### **g.- La intervención en salud desde las redes sociales**

Desde el punto de vista de la Salud, cuando los profesionales utilizan o hacen referencia a la red social, se centran en los vínculos sociales con los que cuenta un individuo. A través del análisis de la red social, se persigue abarcar una amplia gama de las relaciones sociales prestando atención a múltiples aspectos y efectos de esas relaciones, además de proporcionar un método para describir los caracteres estructurales de los vínculos sociales y analizar los distintos patrones de interacción.

Conceptos como la prevención,

promoción y rehabilitación de la salud, sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales disponibles que garantizan la continuidad de los servicios profesionales en salud. Paralelamente, en los últimos años se han implantado grupos organizados de personas como los grupos de autoayuda cuyo papel principal es el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad.

De manera general la tendencia ha sido asumir dos posiciones teóricas respecto al papel del apoyo social en la salud. La primera hipótesis sobre los efectos principales o directos, plantea que los efectos de la relación entre apoyo social y salud son independientes del grado de estrés que el individuo experimente ya que el soporte social aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud; es decir, se establece una relación directamente proporcional entre el soporte social y la salud, por lo que si se aumenta el soporte social aumenta la salud. La segunda hipótesis plantea que el soporte social sirve de protector o amortiguador ante efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes. Este planteamiento manifiesta que el efecto rehabilitador del apoyo social tiene dos vías de acción fundamentales:

- La intervención de apoyo social entre el evento estresor y/o sus expectativas y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, lo que favorece la respuesta eficaz ante la amenaza o su enfrentamiento adecuado.
- La intervención del apoyo social entre el estrés y sus consecuencias patológicas a través de medidas para reducir la percepción del estrés o

comportamientos que influyan de manera directa en la enfermedad y los procesos patológicos.

Actualmente se considera que estos enfoques no son excluyentes, sino que el apoyo social visto de manera sistemática engloba efectos protectores directos y amortiguadores contra la enfermedad o malestar. Marín refiere que el sistema de soporte social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.(16)

Igualmente, se ha encontrado que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe. La percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.

#### **h.- Importancia del soporte social**

Se ha encontrado que el soporte social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo. Esto, a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud. Algunos estudios han reportado que el soporte social tiene un impacto positivo en la habilidad y competencia para realizar alguna conducta en particular.



Estudios relacionados con los niveles de apoyo social y el VIH/SIDA han revelado claramente que las personas con mayores índices de apoyo social presentan menos probabilidades de experimentar emociones disfóricas, lo que se asocia con un mejor estado de salud (17). Se ha encontrado que los mayores niveles de satisfacción con el apoyo social se observan principalmente en personas que participan activamente en grupos de autoayuda y en redes sociales de personas seropositivas.

#### **i.- Enfermería y soporte social**

En el proceso de atención de enfermería uno de los aspectos que cobra importancia es la participación del profesional de enfermería en la red de soporte social. Por un lado, los pacientes buscan ser escuchados, cuidados y orientados ante lo desconocido. Por otro lado las enfermeras con sus habilidades y destrezas aprendidas, identifican necesidades, orientan, dan consejería a fin de satisfacer estas necesidades y expectativas. De esta relación en gran medida depende la mejora o mantenimiento de la salud de los pacientes.

La participación de la enfermera en la red social no ha sido suficientemente documentada; sin embargo, se reconoce de forma importante el papel que juega en ella. Como antecedentes encontramos a teóricos como Peplau, cuyos conceptos teóricos desarrollados fundamentan la relación de ayuda como una herramienta clave para la intervención de la enfermera en el establecimiento de relaciones de apoyo.

Peplau en su Modelo de Enfermería Psicodinámica aborda la relación enfermera-paciente como una relación interpersonal; en la cual dos

personas llegan a conocerse lo suficientemente bien como para afrontar de forma cooperativa los problemas que surjan. Para ello la autora plantea el cumplimiento de las siguientes etapas:

1. *Orientación*: el paciente tiene una necesidad y busca asistencia profesional, la enfermera (o) lo ayuda a reconocer y entender su problema.
2. *Identificación*: la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.
3. *Explotación*: el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
4. *Resolución*: se deben resolver las necesidades de dependencia del paciente y la creación de relaciones de apoyo.

La enfermera adquiere de manera gradual la habilidad y destreza de percibir de manera oportuna las necesidades del paciente a través de la interacción, de tal forma que el dominio de la relación interpersonal le permite proporcionar los cuidados de una manera relajada, gracias a un mayor reconocimiento de los recursos que tiene disponibles para enfrentarse a una situación difícil, disminuyen sus inseguridades y su preocupación por los problemas asociados con la tecnología, además de aumentar su interés por comprender al paciente.

El soporte social será eficaz siempre que, además de la buena intención, consiga realmente mejorar la autoestima del enfermo, aumente sus ganas de vivir y de recuperar su salud, de mejorar su estado de ánimo y de reducir el impacto de la enfermedad y el reforzamiento de su red informal de apoyo. Por el contrario, toda conducta que pueda comunicar al enfermo sentimientos de impotencia,

baja autoestima o que muestre una visión negativa de la vida y de su enfermedad, tendrá efectos negativos.

Cuanto mayor sea el soporte social que una persona recibe (y percibe), la satisfacción con él mismo a través de las relaciones estrechas con los miembros de su familia, familiares, personal de salud y comunidad, menor será el impacto de la enfermedad.(18)

Independientemente del apoyo requerido por el paciente la enfermera debe reconocer esta situación como una oportunidad de ayuda mutua en la que si bien el paciente recibe un beneficio al recibir menor impacto de la enfermedad, o alcanzar el bienestar, la enfermera obtiene beneficio al convertirse en un referente no sólo para el paciente y su familia sino también para el equipo de salud, como profesional de los cuidados. (19)

El papel de la Enfermera en la valoración de los sistemas de apoyo es:

- Ayudar a identificar a las personas significativas, que le pueden ayudar cuando lo necesite.
- Identificación de conflictos con estas personas y forma de resolverlos.
- Si existiera déficit de apoyo o éste fuera inexistente, el papel de la enfermera sería evitar y neutralizar la ansiedad que esta situación pudiera generar y ayudar a buscar medidas alternativas que le provean del apoyo necesario sustitutorio.

Los cuidados de enfermería tendrán una doble vertiente: asesoramiento y apoyo a las familias. El asesoramiento a las familias irá orientado a Informar de los sistemas de apoyo comunitarios

Por otro lado se debe enfatizar a enseñar a:

- Identificar personas significativas en la vida de uno.
- Cómo incrementar la red de apoyo social.
- Cómo mejorar las relaciones interpersonales.
- Cómo usar adecuadamente los recursos disponibles.
- Cómo utilizar la experiencia actual para el propio crecimiento personal.

El soporte que brinda la enfermera a la familia será principalmente material y emocional:

a) En la modificación de actitudes hacia sí mismo y hacia los demás, reforzando los comportamientos de búsqueda y de aceptación de apoyo.

b) Apoyo psicológico a los miembros de la familia.

c) Apoyo a las personas que forman parte de la red social de apoyo.

Las herramientas están dadas, corresponde al profesional de enfermería asumir el reto de mejorar la calidad de en el cuidado de las personas.

## **2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS**

**SOPORTE SOCIAL:** se refiere a las acciones de ayuda instrumental, emocional y afectiva que realizan las personas que están en contacto con una persona con diagnóstico de hipertensión arterial a fin de proveerle cuidado durante su enfermedad.

**PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL:** persona usuaria de servicios de salud con valores de presión arterial mayores de 140/90 mmhg en 3 controles en un año.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO**

El presente estudio correspondió a una investigación cuantitativa; es un estudio de nivel aplicativo porque el conocimiento que se ha logrado contribuirá a incrementar los conocimientos en esta área de competencia de enfermería; método descriptivo y de corte transversal.

#### **3.2. ÁREA DE ESTUDIO**

El área seleccionada para este estudio fue el consultorio de cardiología de del Hospital Cayetano Heredia, ubicado en la avenida Honorio delgado s/n en el distrito de San Martin de Porres. Es un hospital de tercer nivel, III- 1, de alta especialización, perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA). En este hospital el consultorio de cardiología se encuentra ubicado en el primer piso del pabellón

principal del hospital cuenta con un total de cuatro ambientes para la atención de pacientes con diversos diagnósticos del área de cardiología complejidad de afecciones coronarias y valvulares.

El equipo de trabajo está compuesto por un médico jefe, cuatro médicos asistentes que realizan atención a pacientes con afecciones cardíacas tanto durante turno de mañana y tarde de lunes a sábado.

### **3.3. POBLACIÓN**

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Hospital Cayetano Heredia durante el mes de marzo y abril.

La muestra estuvo constituida por 94 pacientes.(ANEXO C)

### **3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de Inclusión**

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial mayor de un año.

Pacientes que acepten formar parte del estudio.

Pacientes con puntuación de escala de Glasgow 15 puntos.

### **Criterios de Exclusión**

Pacientes con deterioro de las funciones superiores por demencia, trastorno psiquiátrico u otro padecimiento que les impidiera percibir el grado de soporte social

Pacientes que no acepten participar en el estudio

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Con el objetivo de determinar el soporte social se utilizará como instrumento el cuestionario de apoyo social M.O.S. realizado en EEUU en 1991. El cuestionario Medical Outcomes Study Social SupportSurvey, es uno de los varios instrumentos desarrollados para el Medical Outcomes Study, un estudio realizado en pacientes con enfermedades crónicas. Este cuestionario cuenta con un total de 20 ítems, y más que evaluar las condiciones relacionadas con la salud evalúa el apoyo o soporte social percibido por las personas. El instrumento ha sido validado en diferentes países y al ser un instrumento comprensible, de poco tiempo en su aplicación, y con altos índices de confiabilidad y validez, se considera una herramienta eficaz para evaluar el soporte social.

La versión original del Cuestionario MOS distingue cinco tipos de apoyo social: emocional, informacional, instrumental, interacción social positiva y afectivo.

Para el presente estudio se consideró la validación realizada en Colombia realizada por Londono Arredondo y colaboradores en el año 2012, en el cual obtuvieron un alfa de Cronbach 0.941 para el total de



la misma; para los componentes el alfa encontrado estuvo entre 0.921 y 0.736 en cada una de las dimensiones, lo que corroboró la consistencia de la prueba. Los resultados del análisis de factores reflejaron una superposición considerable entre los ítems de la dimensión emocional e informacional. Por lo cual se llega a la conclusión de considerarlos como una dimensión. Teniendo en cuenta que la estructura de cuatro factores no mostró índices de bondad de ajuste suficientemente altos, del cual consideran una estructura de tres dimensiones con un porcentaje de explicación de la varianza del 64.10%. A través del análisis factorial confirmatorio, obtuvieron valores significativos que validaron la estructura factorial de tres componentes; lo cual es validado también por otros autores como Cobb, además de haberse aplicado exitosamente en Argentina y España.

El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva/afectivo.

Dimensión emocional / informacional: 2, 3, 7, 8, 12, 13, 15, 16,18

Dimensión instrumental: 1, 4, 11, 14

Dimensión interacción positiva/ afectiva: 5, 6, 9, 10, 17, 19

Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre).

El instrumento es de carácter anónimo y consta de: presentación, instrucciones, datos generales, seguido de la información acerca de la variable de estudio.

La medición de la variable se obtuvo mediante la escala de Estanones (ANEXO G) en el cual el soporte social se clasifica en:

ALTO =  $\geq 90$

MEDIO = 68-89

BAJO =  $\leq 67$

La técnica de recolección de datos fue la encuesta.

La validez de contenido de los instrumentos se determinó mediante el juicio de expertos a un total de 8 profesionales conformado por 4 enfermeras docentes y 4 enfermeras que laboran en servicios de cardiología de los Hospitales de Lima Metropolitana, estableciendo la concordancia de acuerdo la prueba binomial (ANEXO D ).

Después del juicio de expertos se realizó la prueba piloto con 10 pacientes del consultorio de cardiología del Hospital Arzobispo Loayza con características similares a la población.

La confiabilidad del instrumento se determinó con el coeficiente alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala, y en las tres dimensiones se han obtenido valores cercanos a 1 (consistencia máxima), que permite establecer que la escala es consistente.(ANEXO D)

Al correlacionar los 19 ítems de apoyo social, mostrando diferencias estadísticamente significativas ( $p < ,01$ ) en los 19 ítems,

señalando que cuanto más amplia es la red social, mayor es la percepción de apoyo social.(ANEXO D)

La técnica de recolección de datos fue la encuesta.

### **3.6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Previo a la recolección de datos se solicitó la sede de estudio para lo cual se coordinara con la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Cayetano Heredia con la finalidad de obtener el permiso necesario para la realización del estudio, previa revisión y autorización del Departamento de Enfermería. Una vez obtenido el permiso, se realizó las coordinaciones necesarias con la enfermera jefe de Consultorio externo y del servicio de cardiología.

La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de febrero y marzo del año 2015, en el área de consultorio externo durante los turnos de mañana y tarde, el tiempo que duración de cada encuesta será de 20 minutos.

En las fechas programadas para la recolección de datos, se realizó la respectiva presentación de la autora así como de su compromiso de confidencialidad y se solicitó el consentimiento informado de cada paciente, procediendo a dar las indicaciones y entregar los instrumentos.

Culminada la etapa de recolección de datos se procedió a la elaboración del libro de códigos. Una vez determinados los valores se realizó el procesamiento de datos en la matriz tripartita mediante el

programa SPSS 20. La presentación de los datos se realizó a través de gráficos y cuadros.

El análisis e interpretación de los datos se realizó teniendo en cuenta la base teórica del estudio para fundamentar científicamente los hallazgos de la investigación.

### **3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Los procedimientos que se llevaron a cabo durante la investigación, no atentaron contra los derechos de los pacientes participantes en el estudio, quienes darán su consentimiento informado antes de resolver el instrumento, asimismo los objetivos y los resultados son transparentes y abiertos a las comisiones de ética y supervisión de la comunidad científica, tanto del Hospital Cayetano Heredia como de la UNMSM.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados en forma manual para su presentación en tablas y/o gráficos a fin de realizar su análisis e interpretación respectiva.

#### **1. DATOS GENERALES**

En cuanto a los datos generales tenemos que del 100% (64) de los pacientes, 84% (79) se encuentran en el grupo etáreo adulto mayor es decir mayor de 60 años, 16% (15) son menores de 60 años (ANEXO H); los datos expresan que el mayor porcentaje se encuentran en la etapa adulta mayor; estos resultados corroboran los encontrados por Rodríguez Mañas respecto a que las cifras de presión arterial se

elevan con la edad y que los valores de presión arterial sistólica continúan incrementándose de forma constante, al menos hasta los 75 años, la etapa adulta mayor se caracteriza porque se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también al reconocimiento de que se trata de una etapa de la vida en la cual existen mayores probabilidades de ser afectado por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de la pareja, los amigos y los compañeros. Es decir que en esta etapa de vida es crucial el soporte familiar y de otras redes para poder satisfacer sus necesidades y sobrevivir.

Así mismo predomina el sexo masculino con 77% (72) y 23% (22) pertenecen al sexo femenino (ANEXO I); estos datos son corroborados por los estudios realizados por el Dr. Regulo Agusti quien refiere que se encontró una mayor prevalencia de hipertensos en el sexo masculino sobre el sexo femenino, lo que está de acuerdo con estudios nacionales previos.

En cuanto al número de familiares con los que vive los pacientes tenemos que el 73% (69) viven con uno a cinco familiares y 27% (25) viven con más de 5 familiares (ANEXO J). Según Rowe y Kahn cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo socio-emocional, mayor es su eficacia, ya que una red reducida puede generar mayor presión en la personas que brindan cuidado, estos datos coinciden con el país de Chile y México en donde el tamaño más frecuente de la red de apoyo de personas es de 1 a 2 personas. Pero también se debe tener en cuenta que a pesar de la existencia de una mayor cantidad no significa mayor soporte social en mucho de los casos.

## GRAFICO N° 1

### **SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2014**



## **2. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL**

En cuanto al soporte social de los pacientes hipertensos se encuentra que el mayor porcentaje se ubica en el nivel medio traducido en un 71% (67), seguido de nivel bajo en un 15%(14) y nivel alto con 14% (13). Siendo el soporte social según Muñoz el soporte social es “una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto,

afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona”. Además considerando lo que Alvarado refiere respecto al soporte social como “la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales”.

Los hallazgos muestran semejanzas con los resultados encontrados por Rodríguez Alayo, S quien en su estudio Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso encontró que el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% grado de apoyo familiar bajo, observándose que para esa población de adultos mayores existe un mayor porcentaje de apoyo familiar alto.

Mientras que en el estudio Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial realizado por Marín Reyes observamos que 31 (77.5%) pacientes con apego tenían control de la presión arterial y 11 (27.5%) sin apego, considerándose que el éxito del tratamiento depende fundamentalmente del apego o adherencia, por lo que es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuáles son los factores involucrados para que el paciente se apegue al manejo; en este contexto, los resultados de este trabajo muestran la importancia que tiene el soporte social familiar.

Según Marín y Rodríguez un menor soporte social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas; además Allen y Mendes refieren que una buena red social puede atenuar la respuesta cardiovascular ante situaciones de estrés y evitar la elevación de la presión arterial.



Ovejero refiere que el soporte social que una persona recibe, la satisfacción con él mismo a través de las relaciones estrechas con los miembros de su familia, familiares, personal de salud y comunidad, menor será el impacto de la enfermedad. Esto nos lleva a considerar la importancia de la relación terapéutica enfermera- paciente, ya que aquí la enfermera debe reconocer esta situación como una oportunidad de ayuda mutua en la que si bien el paciente recibe un beneficio al recibir menor impacto de la enfermedad, o alcanzar el bienestar, la enfermera obtiene beneficio al convertirse en un referente no sólo para el paciente y su familia sino también para el equipo.

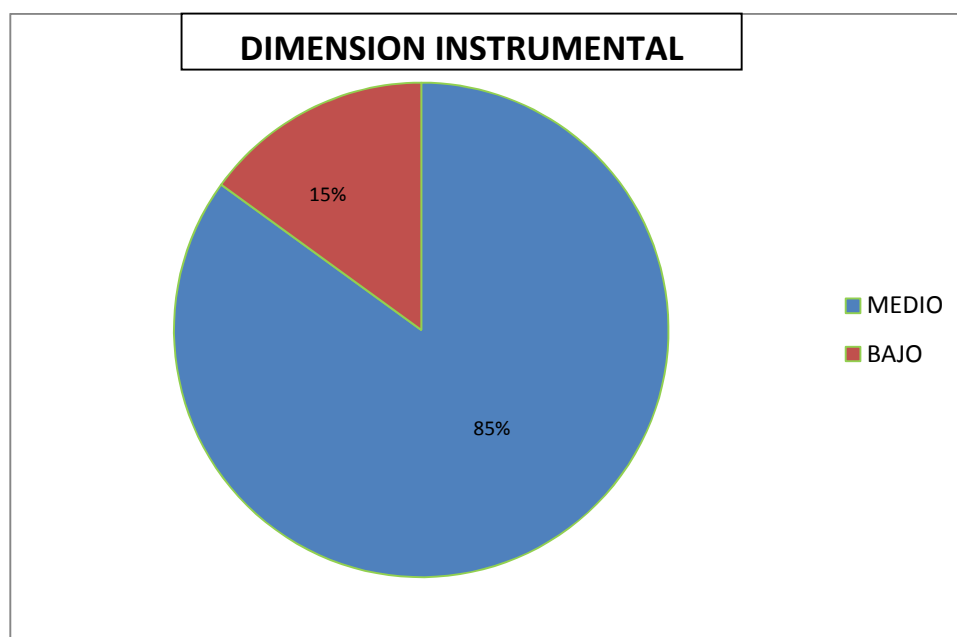
Se ha encontrado que el soporte social ayuda a las personas con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial a reducir el estrés durante un evento patológico, provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo, además provee a la persona de condiciones emocionales para afrontar las situaciones derivadas de este proceso crónico. Esto, a su vez, reduce los efectos negativos en la condición de salud, además fortalecer sentimiento de afecto y autoestima.

Al evidenciar el nivel medio del soporte social percibido por los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Cayetano Heredia, encontrándose además un porcentaje mínimo del 15% con un nivel bajo y 14% alto; este grupo de pacientes se encuentra en riesgo de no adoptar estilos de vida saludables y el no cumplimiento de las indicaciones terapéuticas ocasionando un empeoramiento de su estado cardiovascular con alto riesgo de incrementar las complicaciones producto de un incremento periódico de las cifras de presión arterial.

La participación del profesional de enfermería en el soporte social radica en sus habilidades y destrezas para identificar necesidades, expectativas para orientar y dar consejería procurando fortalecer la relación terapéutica convirtiéndose entonces en una parte importante de la red social próxima de estos pacientes con hipertensión de aquí depende en gran medida la mejora y mantenimiento de su salud .

## GRAFICO N ° 2

### SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, SEGÚN DIMENSION INSTRUMENTAL 2014



### 3. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN SUS DIMENSIONES

#### a. Dimensión instrumental

En relación a la dimensión soporte instrumental se encontró que el mayor porcentaje se ubica en el nivel medio en

un 85% (80), seguido de nivel bajo en un 15%(14). La dimensión instrumental se refiere a la ayuda instrumental o material que directamente asiste a quien lo necesita y cuando es necesario, como la asistencia y el transporte, ayuda con las tareas de casa, alimentación, entre otros.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Marín –Reyes, quien encontró que el apoyo familiar se asoció principalmente con las conductas que motivan al paciente a tomar sus medicamentos y apegarse a la dieta, mientras que en lo referente a las conductas que motivan la realización de ejercicio, aun cuando fue mayor en los pacientes con adherencia, no mostró asociación significativa.

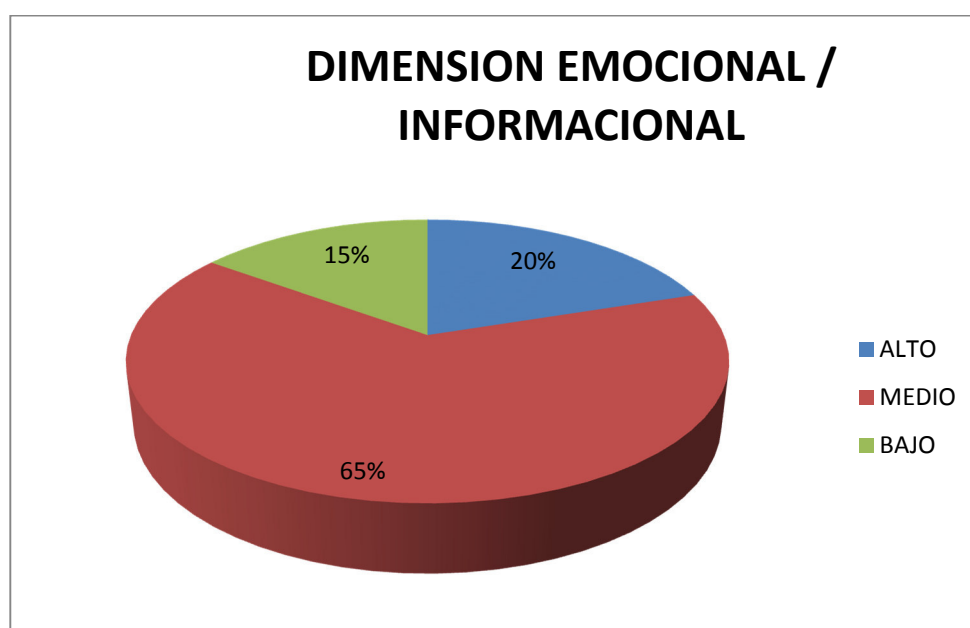
Por lo expuesto podemos deducir que al existir una tendencia baja del soporte instrumental los pacientes perciben que no cuentan con el apoyo de familiares que les proveen de este de cuidado brindándoles soporte y asistencia en actividades, todo esto traducido en una ausencia de cuidado efectivo y presencia de complicaciones.

En tal sentido se puede concluir que en la dimensión instrumental del soporte social existe una tendencia baja referido a que los pacientes no perciben la presencia de familiares o personas cercanas que se ocupen de asistirlos en sus necesidades básicas cuando lo requieren por ejemplo al estar en cama por complicaciones de la enfermedad, en la preparación de alimentos, acompañamiento en sus citas médicas y la ayuda en sus tareas domésticas. Por lo cual el equipo de salud en especial la enfermera debe fortalecer mecanismos para hacer frente a situaciones, brindándole

autonomía a través de la información y proporcionándole bienestar y calidad de vida; además de fortalecer y encontrar nuevas redes que permitan a la persona poder afrontar con éxito su enfermedad.

### GRAFICO N ° 3

**SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION  
ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE  
CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO  
HEREDIA, SEGÚN DIMENSION  
SOPORTE EMOCIONAL/  
INFORMACIONAL  
2014**



**b. Dimensión emocional/ informacional**

En cuanto a la dimensión emocional/ informacional tenemos que el mayor porcentaje se ubica en el nivel medio en un 65% (61), seguido de nivel alto en un 20%(19) y nivel bajo con 15% (14). En la dimensión emocional/ informacional del soporte social el hecho de compartir sentimientos, pensamientos

y experiencias personales, constituye un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas.

Abello, Madariaga y Hoyos encontraron además en diferentes investigaciones con poblaciones colombianas de estratos socioeconómicos bajos que el apoyo emocional recibido es importante en momentos de crisis, ya que este apoyo es considerado una demostración de cariño y afecto. Similares hallazgos han sido descritos por Díaz-Guerrero (1986) en México, en donde acuñó el término “grey sostén”, para explicar redes de apoyo y redes de ayuda emocional vistas como importantes dispositivos para el logro de la salud y el bienestar psicológico.

Podemos evidenciar que al ubicarse el soporte social en la dimensión emocional en un nivel medio con tendencia a alto aquí los pacientes perciben que las personas o familiares que se encuentran dentro de su red social cercana ofrecen su apoyo de manera eficaz evidenciado en un buen estado de ánimo y además de un positivo impacto en la enfermedad hipertensiva.

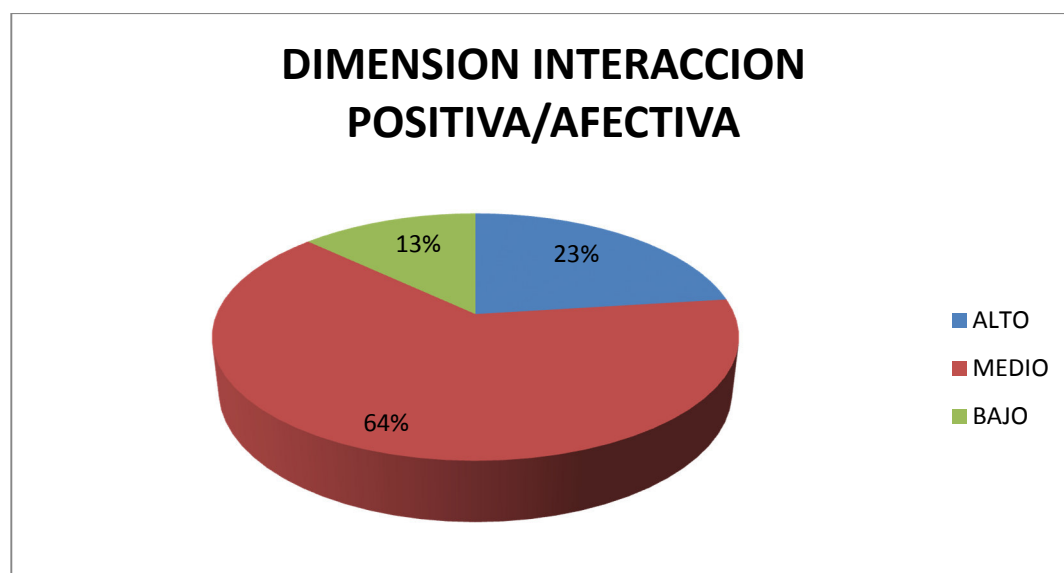
Por lo tanto se puede inferir que en la dimensión emocional del soporte social hay una tendencia a un nivel alto referido a la percepción de que los pacientes consideran que tienen personas en la familia con quienes hablar cuando lo necesitan, además perciben la presencia de familiares con quienes pueden realizar actividades que les facilitan la

distracción, compartir sus temores y problemas; por tanto los pacientes se sienten acompañados y con fortaleza para afrontar el tratamiento y cuidados que necesitan.



#### GRAFICO N ° 4

**SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION  
ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE  
CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO  
HEREDIA, SEGÚN DIMENSION  
SOPORTE AFECTIVA  
2014**



c. Dimensión interacción positiva/afectiva

Respecto a la dimensión afectiva tenemos que el mayor porcentaje se ubica en el nivel medio en un 64% (60), seguido de nivel alto en un 23%(22) y nivel bajo con 13% (12). La dimensión interacción positiva/afectiva se refiere a las expresiones de afecto y amor que les son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano. La expresión del afecto, representada en acciones cariñosas, siempre tuvo en

cuenta el respeto por el otro como ser humano digno de considerarse.

Al encontrarse la mayoría de pacientes en un nivel medio con tendencia a un nivel alto sobre la percepción de la dimensión afectiva deducimos que la mayoría de ellos sienten que sus familiares le dan apoyo expresados en afecto, cariño y amor; las cuales contribuyen a lograr un cuidado adecuado de su enfermedad así como el control de esta.

Entonces se puede deducir que en la dimensión interacción positiva/afectiva del soporte social hay una tendencia a un nivel alto referido a que perciben que cuentan con personas que le muestran amor y afecto, así como tienen a personas a quienes amar y expresarles su amor y cariño, por tanto los pacientes se sienten confortados y bien cuidados mejorando así sus expectativas de recuperación y mantenimiento de la salud.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

Luego de haber realizado el presente estudio se formularon las siguientes conclusiones:

De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que:

- El soporte social pacientes hipertensos se encuentra en un nivel medio traducido en un 80%, este grupo de pacientes se encuentra en riesgo de no adoptar estilos de vida saludables y el no cumplimiento de las indicaciones terapéuticas ocasionando un empeoramiento de su estado cardiovascular con alto riesgo de incrementar las complicaciones producto de un incremento periódico de las cifras de presión arterial.

- En cuanto a las dimensiones del soporte social tenemos se encontró una tendencia hacia un nivel bajo en la dimensión instrumental, la mayoría de pacientes no percibe que recibe cuidados y asistencia en relación a su tratamiento y actividades de satisfacción de necesidades básicas; pudiendo existir el riesgo de que los pacientes no podrán afrontar la enfermedad hipertensiva con éxito además del surgimiento de complicaciones producto del inadecuado manejo de su cuadro clínico.
- Por otro lado en cuanto a las dimensiones emocional, afectiva e informacional son percibidas en un nivel alto es decir los pacientes perciben que cuentan con personas que les muestran cariño y afecto lo cual les fortalece para mejorar el cuidado de su salud además de sentir que son apoyados en cuanto al control de la hipertensión arterial

## **5.2. LIMITACIONES**

En la realización del presente estudio se encontró las siguientes limitaciones:

- Las conclusiones del estudio sólo son validas para los servicios con similares características del Hospital Cayetano Heredia.

### **5.3. RECOMENDACIONES**

Del presente estudio se derivan las siguientes recomendaciones:

- El Departamento de Enfermería fortalezca estrategias para desarrollar actividades para identificar, fomentar y fortalecer las redes de soporte social mediante la creación de un programa para las personas con hipertensión arterial.
- Realizar estudios que determinen la calidad de soporte social que brindan las redes de apoyo, así como determinar otras características de estas a fin de observar el desarrollo y evolución en el tiempo.
- Realizar estudios cualitativos a fin de observar el fenómeno a profundidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1, 2, Ministerio de Salud Boletín Epidemiológico 2010. RSLC, Jesús María, Enero 2010;3(12) VOLUMEN. 6 N° 05. Pag 24

3,4 The Atlas of Heart Disease and Stroke. World Health Organization (WHO). 2011. Disponible en:  
[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)

5 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Boletín peru enfermedades transmisibles y no transmisibles 2013. Lima: 2014 Pag. 9

6 Enfermedades cardiovasculares son unas de las principales causas de mortalidad en Perú. Disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/mas\\_notas.asp?nota=13259](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/mas_notas.asp?nota=13259)

7,9 Apoyo Social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. En Revista Enfermería Global número 16. Junio 2009

8 Guías latinoamericanas de Hipertensión Arterial. En Revista Chilena de Cardiología 2010; 20. Pág. 117-144.

10 Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.(1979, septiembre). Constructing social support scales. A methodological note. Presentado a la Conference on Stress, Social Support and Schizophrenia Bulletin, 7:73-89 (Cit en Diaz Veiga, 1987)

11 Cassel, J. (1974). "Psychosocial Processes and Stress. Theoretical Formulations". *International of Health Services*, 6 pp.471-482.

12 Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

13 Shumaker S, Brownell, A. (1984). "Toward a theory of social support: closing conceptual gaps", *J. Soc. Issues*, 4 pp. 11-36

14 Cano, J. (2002). "El apego: Factor clave en las relaciones interpersonales". En: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia>.

15 Yurss, W. (2002). "Atención a la familia otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria: Instrumentos de abordaje familiar". En: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple14.html>.

16 Rodríguez Marín J. Apoyo social y salud. En: *Guía de Estudio y Bibliografía Básica. Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud*. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.p. 94-103.

18 Romero Massa Elizabeth. Apoyo social y calidad de vida en pacientes con vih/sida. En <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/view/6>

19 Galván-Flores, Gloria. (2009). La enfermera en la red social de apoyo. En *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social* 2009; 17 (2): Pág.: 61-62

## BIBLIOGRAFIA

- Alonso Fachado, Alfonso. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. En revista Cuadernos de atención primaria , Año 2013 Volumen 19 Pág. 118-123
- Fernández Peña Roser. Redes sociales, apoyo social y salud. En Revista Periferia Número 3, Diciembre 2005
- Galván-Flore, Gloria. La enfermera en la red social de apoyo. Unidad de Investigación Epidemiológica. Editorial Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 61-62
- Hernandez Sampieri, Roberto. *Metodología de la investigación*. Ed. Mc Graw Hill. México, 2006.
- Londono Arredondo y colab. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social International Journal of Psychological Research, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 142-150
- Marriner-Tomey A. Modelos y teorías de enfermería, 3ª Edición; España: Ed. Harcourt Brace 1994; pp: 341-65.
- Norbeck, Janes. Apoyo Social. Capítulo 4. Escuela de Enfermería Universidad de California, San Francisco. 2001.



- Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaria. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Abril 2008. P. 3
- Organización Panamericana de la Salud. La salud en la Américas. IV. Promoción de la salud en las Américas. Edición 2002. Volumen 1. P.193
- Ovejero A. Apoyo Social y Salud. España, Ed. Sedal.1990.
- Peplau-Hildegard E. Relaciones interpersonales en enfermería: Salvat Editores Barcelona 1990; pp: 3-35.
- Rezende Montenegro Medeiros de Moraes, Juliana. La red social de niños con necesidades especiales de salud en la (in) visibilidad del cuidar de enfermería. En Revista Latino-Americana de Enfermería, numero 20(2) mar.-abr. 2012.
- Roveroni Moraes Talita. Evaluación del apoyo social entre pacientes cardíacos quirúrgicos: subsidio para la planificación en la atención de enfermería. En Revista latinoamericana de enfermería, 2007 marzo-abril; 15(2)
- Segura vega, Luis y Colab. Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con TORNASOL I. En Revista Peruana de Cardiología Vol. XXXIX N° 1 Enero - Abril 2013

- Toro-Alfonso, José. Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico: Del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social. En publicación: Revista de Ciencias Sociales 13. CIS, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. Diciembre. 2004.
- Vega Angarita, Apoyo Social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. En Revista Enfermería Global número 16. Junio 2009

# **ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO	pág.
A. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	I
B. INSTRUMENTO	VI
C. TAMAÑO DE MUESTRA	X
D. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	XI
E. TABLA DE CODIGOS	XIV
F. MATRIZ TRIPARTITA	XVI
G. MEDICION DE LA VARIABLE	XXI
H. DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA.2015	XXIII
I. DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA.2015	XXIV
J. DISTRIBUCION SEGÚN N° DE FAMILIARES CON LOS QUE VIVEN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA.2015	XXV
K. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SEGÚN EDAD. 2015	XXVI
L. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SEGÚN SEXO. 2015	XXVII
M. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION. 2015	XXVIII
N. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SEGÚN PROCEDENCIA. 2015	XXIX

<b>ANEXO</b>	<b>pág.</b>
O. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SEGÚN OCUPACION. 2015	XXX
P. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD. 2015	XXXI
Q. SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SEGÚN NUMERO DE FAMILIARES CON LOS QUE VIVE. 2015	XXXII
R. CONSENTIMIENTO INFORMADO	XXXIII

## ANEXO A

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE IDENTIFICADA	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Apoyo social de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del hospital Cayetano Heredia	Proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional/informacional, afectiva e instrumental de la red social en la que se encuentra utilizada durante el cuidado de	Es la respuesta expresada por el paciente sobre sus recursos sociales disponibles según las dimensiones: informacional/emocional, afectivo e instrumental respecto a su situación actual de salud.  La dimensión soporte emocional/informacional se refiere a	Soporte Emocional/ informacional	-Necesidad de contar con alguien cuando necesita hablar  -Necesidad de información y ayuda  -Necesidad de confiar los problemas	Cuenta con alguien cuando necesita hablar  Cuenta con alguien que le aconseje cuando tiene problemas  Cuenta con alguien que le informe y le ayude a entender una situación  Cuenta con alguien	ALTO  MEDIO  BAJO

	la enfermedad hipertensiva .	disponibilidad de una o más personas que pueden escuchar y dar afecto cuando una persona está teniendo problemas y puede proveer indicaciones de cuidado y aceptación. Y además a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a sus problemas.		a alguien  -Necesidad de consejo para resolver sus problemas personales  - Necesidad de compañía para recrearse  -Necesidad de compartir sus temores y problemas	en quien pueda confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones  Cuenta con alguien cuyo consejo realmente desee y necesite  Cuenta con alguien con quien hacer cosas/actividades que le sirvan para olvidar sus problemas  Cuenta con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos  Cuenta con alguien	
--	------------------------------	---	--	--	---	--

				que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	
				Cuenta con alguien que comprenda sus problemas	
				Cuenta con alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama debido a su enfermedad.	
				Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	
				Cuenta con alguien	



[illegible]

						a gusto y pueda relajarse	- Necesidad de amor	Cuenta con alguien con quien divertirse Cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentir querido	
--	--	--	--	--	--	---------------------------	---------------------	---	--

## ANEXO B

### Cuestionario de soporte social MOS

Buenos días Sr. (Sra) mi nombre es Giovanna Mercado Torres y estoy realizando un trabajo de investigación sobre el soporte social de los pacientes que acuden al consultorio de cardiología que acuden al consultorio de cardiología del Hospital Cayetano Heredia. A continuación se le presenta enunciados y se le solicita contestar con sinceridad. El cuestionario es totalmente ANONIMO y la información que usted brinde será utilizada solo para el desarrollo de la presente investigación. Muchas Gracias.

#### Datos Generales:

Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Grado de Instrucción: \_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_

Tiempo con diagnostico con hipertensión arterial:

\_\_\_\_\_

Ud. es integrante de un Programa de hipertensión arterial: Si ☐ No ☐

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud.

Dispone

1. ¿Ud. tiene familiares cercanos o amigos íntimos que viven con usted o cerca de usted? Si ☐ No ☐

2. Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos  
\_\_\_\_\_

3. Marque con un círculo uno de los números de cada fila de acuerdo a la frecuencia del tipo de apoyo que usted dispone.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Ud. Cuenta con alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama debido a su enfermedad.	1	2	3	4	5
2. Ud. Cuenta con alguien cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
3. Ud. Cuenta con alguien que le aconseje cuando tiene problemas	1	2	3	4	5
4. Ud. Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
5. Ud. Cuenta con alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Ud. Cuenta con alguien con quién puede pasar un buen rato	1	2	3	4	5
7. Ud. Cuenta con alguien que le informe y le ayude a entender una	1	2	3	4	5

situación					
8. Ud. Cuenta con alguien en quien pueda confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
9. Ud. Cuenta con alguien que le abrace cuando lo necesita	1	2	3	4	5
10. Ud. Cuenta con alguien con quien se siente a gusto y pueda relajarse	1	2	3	4	5
11. Ud. Cuenta con alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
12. Ud. Cuenta con alguien cuyo consejo realmente desee y necesite	1	2	3	4	5
13. Ud. Cuenta con alguien con quien hacer cosas/actividades que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5

14. Ud. Cuenta con alguien que le ayude en sus tareas domésticas cuando está enfermo	1	2	3	4	5
15. Ud. Cuenta con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
16. Ud. Cuenta con alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
17. Ud. Cuenta con alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
18. Ud. Cuenta con alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
19. Ud. Cuenta con alguien a quién amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5

## ANEXO C

### CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra también puede calcularse mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

*Dónde:*

**N:** Población de pacientes que acuden al consultorio de cardiología

**n:** Tamaño de la muestra necesaria.

**Z<sub>α</sub><sup>2</sup>:** Nivel de confianza del 95% con valor estándar de 1.96.

**P:** Prevalencia estimada de la variable, del 90%.

**d:** Margen de error de 5%.

*Sustitución de valores:*

$$n = \frac{288 * 1.96^2 * 0.9 * 0.1}{0.05^2 * (124 - 1) + 1.96^2 * 0.9 * 0.1}$$

$$n = \frac{42.872256}{0.0025 * 287 + 3.8416 * 0.9 * 0.1}$$

<b><math>n = 94</math></b>
----------------------------

## ANEXO D

### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

#### PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	juez 1	juez 2	juez 3	juez4	juez5	juez6	juez7	juez 8	p
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
4	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	0	1	1	1	1	1	1	1	0.0035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

P menor de 0.005

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa.

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 2 (NO)

Haciéndose las respectivas observaciones realizadas para la elaboración de los instrumentos. Luego de las respectivas modificaciones se obtuvieron instrumentos válidos.



## CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento se obtuvo con el coeficiente alfa de crombach, su fórmula es la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^N p_i q_i}{\sigma_X^2} \right]$$

Donde:

K : N° de preguntas o ítems

$\sigma_X^2$  : Varianza de la prueba X

pi : Proporción de éxito, o sea proporción donde se identifica la  
Característica o atributo en estudio.

qi : 1 - pi proporción donde no se identifica el atributo.

**Reemplazando valores:**

$$\alpha_{cr} = \left( \frac{19}{18} \right) \left( 1 - \frac{8.18}{96.93} \right) = 1.06 ( 1 - 0.08 )$$

$$\alpha_{cr} = 0.97$$

Se considera que el coeficiente de confiabilidad es bueno cuando tiende a 1. Se puede expresar en porcentaje, esto es:

> 0.6 confiabilidad alta

Este valor nos indica que el instrumento tiene una alta confiabilidad de 0.9

### PRUEBA DE ITEM TEST

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correla ción múltiple al cuadra do	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	74,00	87,333	,697	.	,966
VAR00002	73,90	85,656	,823	.	,964
VAR00003	74,20	87,511	,762	.	,965
VAR00004	74,10	81,433	,853	.	,964
VAR00005	74,00	92,889	,380	.	,969
VAR00006	74,50	84,500	,876	.	,963
VAR00007	74,50	91,167	,938	.	,965
VAR00008	74,50	83,389	,965	.	,962
VAR00009	74,30	87,789	,829	.	,964
VAR00010	74,30	88,900	,720	.	,965
VAR00011	74,00	88,444	,608	.	,967
VAR00012	74,50	91,167	,938	.	,965
VAR00013	74,50	83,389	,965	.	,962
VAR00014	74,20	88,178	,703	.	,965
VAR00015	74,30	88,233	,786	.	,965
VAR00016	74,40	90,044	,745	.	,965
VAR00017	74,50	84,500	,876	.	,963
VAR00018	74,30	88,233	,786	.	,965
VAR00019	74,20	83,289	,763	.	,966

Los ítems cuyos coeficientes de correlación ítem total arrojan valores menores de 0,35 deben ser desechados o reformulados, por lo tanto la correlación es significativa a partir de 0,35.

**ANEXO E**  
**TABLA DE CODIGOS**

**SEXO**

Mujer 1

Hombre 2

**EDAD**

MENOR DE 60 1

MAYOR DE 60 2

**GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Primaria 1

Secundaria 2

Superior 3

Procedencia

Lima 1

Otros lugares 2

**OCUPACION**

En casa1

Jubilado2

**TIEMPO CON HTA**

MAYOR DE UN AÑO 1

MENOR DE UN AÑO 2

**INTEGRANTE DE PROGRAMA DE HTA**

Si 1

No 2

**VIVE CON FAMILIARES**

SI 1

No 2

**Nº FAMILIARES CON LOS QUE VIVE**

De 1 -5 1

Más de 5 2

## ANEXO F

### MATRIZ TRIPARTITA

encuestados	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19
1	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5
2	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
3	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
4	3	3	3	2	4	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2
5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
6	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4
8	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5
9	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
10	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4
11	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4

13	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	82
14	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
15	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	89
16	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5	5	84
17	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	80
18	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	80
19	3	3	3	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	52
20	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
21	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	82
22	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	79
23	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5	82
24	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
25	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	89
26	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	84



41	4	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	84
42	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	80
43	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	80
44	3	3	3	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	52
45	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
46	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	84
47	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	80
48	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	80
49	3	3	3	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	51
50	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
51	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	82
52	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	79
53	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	82
54	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78



55	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	89
56	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	82
57	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	79
58	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	82
59	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
60	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	89
61	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	78
62	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4	84
63	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	80
64	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	80

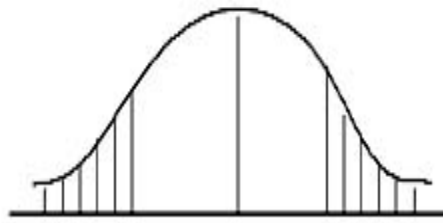
## ANEXO G

### MEDICION DE LA VARIABLE

Para la medición de la variable se utilizó la Escala de Estanones, mediante la siguiente fórmula:

$$a = X - 0.75 (Sx) = 53$$

$$b = X + 0.75 (Sx) = 60$$



Donde:

$X$  = Promedio

$Sx$  = Desviación Estándar

Reemplazando valores:

$$x = 78,13 \quad DE = 14,14 \quad MIN = 36 \quad MAX = 95$$

$$Alto - Medio = 78,13 + 0.75 (14,14) = 78,13 + 10,605 = 89$$

$$Medio - Bajo = 78,13 - 0.75 (14,14) = 78,13 - 10,605 = 68$$

$$ALTO = \geq 90$$

$$MEDIO = 68-89$$

$$BAJO = \leq 67 \quad 1$$

### **DIMENSION INSTRUMENTAL**

$$x = 17,06 \quad DE = 3,561 \quad MIN = 5 \quad MAX = 20$$

$$Alto - Medio = 17,06 + 0.75 (3,561) = 17,06 + 2.67 = 19,7 = 20$$

$$Medio - Bajo = 17,06 - 0.75 (3,561) = 17,06 - 2.67 = 14$$

$$ALTO = \geq 21$$

$$MEDIO = 14-20$$

$$BAJO = \leq 13$$

### **DIMENSION EMOCIONAL/INFORMACIONAL**

$$x = 36,21 \quad DE = 6,96 \quad MIN = 18 \quad MAX = 45$$

$$Alto - Medio = 36,21 + 0.75 (6,96) = 36,21 + 5.22 = 41$$

$$Medio - Bajo = 36,21 - 0.75 (6,96) = 36,21 - 5.22 = 31$$

$$ALTO = \geq 42$$

$$MEDIO = 31-41$$

$$BAJO = \leq 30$$

### **DIMENSION INTERACCION POSITIVA/AFECTIVA**

$$x = 24,85 \quad DE = 4,553 \quad MIN = 12 \quad MAX = 30$$

$$Alto - Medio = 24,85 + 0.75 (4,553) = 24,85 + 3,41 = 28$$

$$Medio - Bajo = 24,85 - 0.75 (4,553) = 24,85 - 3.41 = 21$$

$$ALTO = \geq 29 \quad 3$$

$$MEDIO = 21 - 28 \quad 2$$

$$BAJO = \leq 20 \quad 1$$

## ANEXO H

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN  
AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO  
HEREDIA.2014

EDAD (AÑOS)	PACIENTES	
	Nº	%
< 60	15	16
> 60	79	84
TOTAL	94	100

## ANEXO I

DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN  
AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO  
HEREDIA.2014

SEXO	PACIENTES	
	Nº	%
MASCULINO	72	77
FEMENINO	22	23
TOTAL	94	100

## ANEXO J

DISTRIBUCION SEGÚN N° DE FAMILIARES CON LOS QUE VIVEN  
LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE  
CARDIOLOGIA

DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA.

2014

N° DE FAMILIARES CON LOS QUE VIVEN	PACIENTES	
	N°	%
1 – 5	69	73
MAS DE 5	25	27
TOTAL	94	100

## ANEXO K

### SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SEGÚN EDAD.

2014

		soporte			Total
		bajo	medio	alto	
edad	menor de 60	5	7	3	15
	mayor de 60	9	60	10	79
Total		14	67	13	94

## ANEXO L

### SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL

CAYETANO HEREDIA SEGÚN SEXO

2014

		soporte			Total
		bajo	medio	alto	
sexo	mujer	7	6	9	22
	hombre	7	61	4	72
Total		14	67	13	94



## ANEXO M

SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL  
CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL  
CAYETANO HEREDIA SEGÚN GRADO DE  
INSTRUCCION  
2014

		soporte			Total
		bajo	medio	alto	
instrucción	primaria	8	17	6	31
	secundaria	5	41	7	53
	superior	1	9	0	10
Total		14	67	13	94

## ANEXO N

### SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL

CAYETANO HEREDIA SEGÚN PROCEDENCIA

2014

		soporte			Total
		bajo	medio	alto	
procedencia	lima	8	39	4	51
	otros lugares	6	28	9	43
Total		14	67	13	94

## ANEXO O

### SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL

#### CAYETANO HEREDIA SEGÚN OCUPACION

2014

		soporte			Total
		bajo	medio	alto	
ocupación	en casa	10	39	9	58
	jubilado	4	28	4	36
Total		14	67	13	94

## ANEXO P

SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL  
CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL  
CAYETANO HEREDIA SEGÚN TIEMPO DE  
ENFERMEDAD  
2014

		soporte			Total
tiempo	menor 1 año	bajo 9	medio 42	alto 11	62
	mayor de 1 año	5	25	2	32
Total		14	67	13	94

## ANEXO Q

### SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL

#### CAYETANO HEREDIA SEGÚN NUMERO DE FAMILIARES CON LOS QUE VIVE

2014

	soporte				Total
		bajo	medio	alto	
Numero/fam.	1-5 familiares	14	65	13	92
	mas de 5 familiares	0	2	0	2
Total		14	67	13	94

## **ANEXO R**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en la Hospital Cayetano Heredia y que se les invita a participar en la investigación SOPORTE SOCIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA. Mi nombre es Giovanna Mercado Torres, trabajo en el Hospital Cayetano Heredia y estoy investigando sobre Hipertensión Arterial el propósito de este estudio es promover y fortalecer la prevención y rehabilitación, así mismo es necesario conocer la estructura social con el fin de potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen soporte social tanto a nivel individual-familiar como colectivo.

Le invito a participar de esta investigación, informándole también que su participación es totalmente voluntaria. La investigación consistirá en que Ud., llenará un cuestionario impreso cuya duración será de 15 minutos aproximadamente. Puede que no halla beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. La información que recojamos por esta investigación se mantendrá confidencial. Solo los investigadores mantendrán la información, no será compartida ni entregada a nadie.

Si Ud. Esta de acuerdo con participar en esta investigación, adjunte su firma.

-----

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI

FECHA: